

Zdravotnické zařízení městské části Praha 4, příspěv. org.  
se sídlem: Kotorská 1590/40, 140 00 Praha 4  
IČ: 44846291  
zastoupena: Danou Zichovou, DiS., ředitelkou  
(„poskytovatel“)

Pan/í .....

adresa trvalého bydliště: .....

adresa pro doručování: .....

(„příjemce“)

## Výpověď „Smlouvy o poskytování služeb péče o dítě v dětské skupině“

Já, níže podepsaný/á, tímto vypovídám „Smlouvu o poskytování služeb péče  
o dítě ..... v dětské skupině .....“  
ze dne ....., a to v souladu s ust. čl. XV. odst. 15. 1, písm. b. této smlouvy.

Dítě ukončí docházku ke dni: .....

V..... dne .....

.....  
Podpis příjemce